Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 28 — 4 Avril 1896 — 7 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Étranger. . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

TROUBLES OCULAIRES D'ORIGINE HÉPATIQUE, par M. Léopold Lévi. 165

ANALYSES

Médecine : Traitement de l'empyème par la substitution méthodique d'un liquide inoffensif à l'exsudat pleurétique, par M. S. Lévachoff. — Gangrène des extrémités au cours d'une néphrite, par Tchechikine. 167

Obstétrique et Gynécologie : Un cas de rupture du vagin pendant le coït, par M. Sitzmsky. — Symphyséotomie et basiotripsie, par M. Ch. Maygrier 167

Maladies des voies urinaires : Du traitement des uréthrites par l'ichtyol et l'onguent napolitain, par M. Ylinsky 168

Sérothérapie, Opothérapie : Sérothérapie et sérum spécifique dans la fièvre typhoïde, par M. Pfeiffer . . 168

Médecine publique et hygiène : Le commerce et l'industrie des chiffons au point de vue sanitaire, par M. Eyff 168

Les étudiants étrangers CXXXIV

Traitement de la luxation congénitale de la hanche, par A. Broca CXXXV

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de chirurgie : Des injections de salol iodoformé dans les foyers tuberculeux des os, M. Reynier. MM. Félizet, Routier, Quénu. — Traitement de la luxation congénitale de la hanche, M. Broca. — Ectopie vulvaire de l'anus, M. Kirmisson. M. Pozzi. — Appareil de Hennequin dans les fractures du fémur, M. Berger. MM. Gérard-Marchant, Delorme. — Cancer du rectum, extirpé il y a deux ans par la voie sacrée. Guérison, M. Pozzi. MM. Quénu, Chaput. — Un nouveau compresseur intestinal, M. Chaput. — Grossesse extra-utérine, M. Rochard. — Epingle dans la main photographiée par les rayons de Rœntgen, M. Schwartz CXXXVII

Société anatomique : Communication interventriculaire, M. Frœnkel. — Orifice mitral calcifié, M. Faitout. — Cholécystentérostomie expérimentale, M. Souligoux. Mammite chronique, M. Pilliet. — Allongement hypertrophique du col, M. Pilliet CXXXVII

Société médico-chirurgicale : Dosage et séméiologie de l'uroérythrine, M. E. Gautrelet. CXXXVIII

Sociétés étrangères : Allemagne, Russie. CXXXIX

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie CLX

VICHY-CÉLESTINS

DRAGÉES FERRUGINEUSES DE F. GILLE
Contre la Chlorose, l'Anémie, le Lymphatisme, etc.

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

Boldo-Verne contre maladies du foie, dyspepsies, l'atonie, fièvres intermittentes, cachexies paludéennes.

ANNALES D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES. Revue mensuelle publiée par la Société d'Hydrologie médicale de Paris. *Directeur scientifique* : Dr Albert Robin, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé, médecin de la Pitié. *Rédacteur en chef* : Dr Bardet, chef de laboratoire à la Pitié. Prix de l'abonnement annuel : France, 10 francs. Etranger, 12 francs. Georges Carré, éditeur, 3, rue Racine, Paris.

LES ÉTUDIANTS ÉTRANGERS

Le comité franco-écossais.

La question des étudiants étrangers est beaucoup plus complexe que ne le donnent à entendre les irréductibles adversaires de la liberté individuelle.

Voici un point de vue à propos duquel protectionnistes et libre-échangistes du corps médical pourront, il faut l'espérer, s'entendre sans discussion.

Un *comité de patronage des étudiants étrangers* est fondé qui fonctionne à la Sorbonne. Composé des maîtres les plus éminents : MM. Boutmy, Bufnoir, Bréal, Brouardel, Xavier Charmes, Colmet de Santerre, Alfred Croiset, Darboux, Gréard, Himly, Lamy, Lavisse, Liard, Georges Picot, Albert Sorel, Melchior de Vogüe, il a pour président M. Jules Simon.

Ce comité vient d'être pressenti par un groupe important de professeurs appartenant aux Universités d'Écosse et d'Angleterre, en vue d'établir des relations amicales entre les Universités de la Grande-Bretagne et celles de France. Ce groupe francophile britannique souhaite que les étudiants de son pays, qui s'en vont à l'étranger désireux de compléter leurs études scientifiques, se dirigent en plus grand nombre vers la France.

En outre, il serait heureux de la réciprocité, et recevrait, avec joie, les étudiants français dans les Universités de la Grande-Bretagne.

Ces honnêtes gens se figurent, encore aujourd'hui, que la communion des idées entre nations civilisées doit être favorisée par tous les moyens possibles et que les moyens de propagande les plus puissants sont fournis par les études scientifiques ou littéraires, poursuivies au cœur même des nations amies.

Comme ils sont loin, ces rêveurs, du protectionnisme outrancier dont souffre le monde médical français.

Mais, là n'est pas la question, en ce moment du moins. Le comité franco-écossais s'efforce de rechercher les moyens pratiques d'organiser les relations amicales désirées par le monde scientifique d'Écosse. A cet effet, il organise, sous la direction du comité de patronage des étudiants étrangers, deux réunions pour le 17 et le 18 Avril prochain. Les séances se tiendront en Sorbonne.

On profitera de cette sorte de Congrès universitaire franco-écossais, pour débattre en séance deux questions intéressant d'une manière toute particulière le monde pédagogique et la haute éducation : l'enseignement des sciences politiques dans les Universités, et l'influence de l'hellénisme sur la culture intellectuelle.

Un banquet pour fêter nos hôtes leur sera offert, le soir du samedi 18 Avril.

Ceux de nos confrères qui s'intéressent à l'extension de la science française au delà de nos frontières, ceux qui croient que nous ne devons pas nous lasser de lutter contre le drainage systématique des étudiants étrangers par l'Allemagne, ceux enfin qui voient dans la dérivation de ce courant un important problème économique, politique et social, n'ont qu'à envoyer leur adhésion à M. Paul Mélon, secrétaire général du comité, à la Sorbonne, à Paris.

Qu'ils y viennent en foule le 17 et le 18 avril, qu'ils regardent, écoutent et profitent.

M. Letulle.

RUBINAT SOURCE LLORACH Le meilleur purgatif naturel

OBJETS DE PANSEMENT DESNOIX

POUGUES St-LÉGER Souverain antidote des maladies de l'estomac.

VIN GLYCOPHOSPHATÉ LANGLEBERT

HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

NOUVELLES

Cours d'embryogénie. — M. le Dr Dareste commencera les conférences pratiques d'embryogénie normale et tératologique, le mardi 14 Avril, et les continuera les samedi et mardi de chaque semaine. — Laboratoire de tératologie à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine. (Bâtiment du Musée Dupuytren).

Maladies du larynx, du nez et des oreilles. — Le Dr Castex, ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale de la Faculté, reprendra son cours le *mardi*, 14 Avril à 5 heures à sa clinique, 21, rue Guénégaud, et le continuera les *jeudis*, *samedis*, *mardis* suivants à la même heure.

Huit leçons pratiques sur la chirurgie du larynx, du nez et des oreilles, suivies d'exercices opératoires par les élèves à partir du samedi, 18 Avril.

On s'inscrit à la clinique les mardis, jeudis, samedis, de 3 heures à 5 heures.

Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie en 1896. — Le IIIe Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie se tiendra à Londres du 4 au 8 Août prochain, et sera présidé par le Dr Jonathan Hutchinson.

Voici les questions mises à l'ordre du jour : 1° le prurigo ; 2° étiologie et variétés de la kératose ; 3° réinfection syphilitique ; 4° rapports de la tuberculose avec les maladies de la peau (le lupus vulgaire excepté) ; 5° durée de la période de contagion de la syphilis ; 6° trichophytie et trychophytons ; 7° nature et rapports des diverses variétés de l'érythème polymorphe ; 8° syphilis maligne.

Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie de Clermont-Ferrand (1896). — Le quatrième Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie se tiendra à Clermont-Ferrand, le 28 Septembre prochain.

Voici les questions mises à l'ordre du jour et qui seront l'objet d'un rapport :

HYDROLOGIE.

I. De l'action dominante et de la spécialisation des différentes eaux minérales, au point de vue thérapeutique.

II. Que doit-on entendre par une cure thermale ? — Rôle respectif de la médication thermale et des médications accessoires.

III. De l'action des eaux minérales sur la nutrition.

IV. L'acide carbonique et les bicarbonates alcalins dans les eaux minérales et leur rôle thérapeutique.

V. Etude critique de la législation des eaux minérales et de la police sanitaire dans les stations thermales.

VI. Du captage des eaux minérales.

VII. Stérilisation et embouteillage des eaux minérales transportées.

CLIMATOLOGIE.

I. Recherche des moyens propres à apprécier le degré de clarté et de coloration du ciel et leur influence en hygiène.

II. Du régime des vents dans des régions déterminées, et de leur influence sur l'état sanitaire.

III. Des observations météorologiques; leur rôle dans l'étude des climats.

IV. Conditions d'entraînement des poussières dans l'atmosphère. — Influence de ces poussières sur la santé.

V. Que doit-on entendre par climat d'altitude? Quelles conditions ce climat doit-il réunir? Préciser les principales indications thérapeutiques.

GÉOLOGIE.

I. Influence des tremblements de terre sur le régime des eaux minérales.

II. Gisements géologiques des principales sources du plateau central.

III. Des eaux chlorurées-sodiques dans leurs relations avec les terrains lagunaires.

IV. De l'origine de l'acide carbonique et des produits carburés dans les fumerolles et dans les eaux minérales.

V. Des eaux artésiennes profondes, dans leurs relations avec certaines sources minérales.

Une série d'excursions dans les stations thermales de la région centrale sera organisée et se terminera par une visite aux gorges du Tarn, sous la conduite et les auspices du Club cévenol.

Les Compagnies de chemins de fer français ont bien voulu accorder aux adhérents du Congrès une réduction de 50 p. 100 sur les prix de voyage. Les personnes qui désirent y participer n'ont qu'à envoyer leur adhésion avec le montant de la cotisation (20 francs) à M. Doin, libraire-éditeur, 8, rue de l'Odéon, Paris, trésorier du Congrès.

Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Le Conseil d'Etat a émis un avis favorable à un projet de décret réorganisant le Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Dorénavant ce Conseil sera composé de la manière suivante :

Le préfet de la Seine, président; le préfet de police; dix membres du Conseil municipal; deux maires ou adjoints; deux administrateurs des bureaux de bienfaisance; un conseiller d'Etat ou un membre des requêtes au Conseil d'Etat; un membre de la Cour de cassation; un médecin des hôpitaux et hospices en exercice; un chirurgien des hôpitaux et hospices en exercice; un médecin accoucheur des hôpitaux en exercice; un médecin du service des secours à domicile en exercice; un professeur de la Faculté de médecine; un membre de la Chambre de commerce; un membre patron et un membre ouvrier des conseils des prud'hommes; neuf membres pris en dehors des catégories indiquées ci-dessus.

LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE

TRAITEMENT [1]

Par **A. BROCA**, agrégé
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Avant d'étudier les indications thérapeutiques auxquelles doit obéir le chirurgien en face d'une luxation congénitale de la hanche, il faut définir en quelques mots à quelle lésion s'applique ce terme.

Cette entrée en matière serait inutile si, en 1866, Verneuil ne s'était occupé de la question et n'avait émis des assertions indiscutablement erronées.

Sous prétexte de clarté, et avec l'illusion d'avoir fait faire un progrès à une thérapeutique jusqu'alors décevante, Verneuil a prétendu que les luxations dites congénitales étaient en réalité acquises, qu'elles étaient la conséquence d'une paralysie infantile limitée aux muscles pelvitrochantériens, qu'on devait dès lors en venir à bout par l'électrisation, l'hydrothérapie locale, un appareil de contention et un traitement tonique général.

C'était entraîner et la pathogénie et la thérapeutique dans un sens radicalement vicieux, et, dès son apparition, la théorie de Verneuil fut écrasée sous les arguments irréfutables de Bouvier, de P. Broca. Reprendre ces argumentations me paraît inutile : il n'y a à peu près rien à y ajouter.

Qu'il y ait des luxations paralytiques, dans les diverses jointures de l'économie, le fait est constant. Mais, à la hanche en particulier, elles sont exceptionnelles; dans les observations de son mémoire initial, Verneuil a montré des tendances à la luxation plutôt que des luxations, et c'est théoriquement qu'il admit la possibilité — d'ailleurs admise avant lui, comme l'a fait remarquer Bouvier — d'un déplacement véritable. On peut en dire autant pour les observations qu'il a fait publier quelques années plus tard par P. Reclus, et celles, où il y a luxation réelle, sont même discutables au point de vue de leur étiologie paralytique.

1. Communication faite à la Société de chirurgie, le 1er Avril 1896.

Donc les luxations paralytiques sont rares, mais elles existent, et il importe de ne pas les confondre, malgré les efforts de Verneuil, avec les luxations congénitales. Celles-ci forment, aussi bien en clinique qu'en anatomie pathologique, un tout bien net.

N'est-elle point caractéristique, l'histoire de ces enfants qui marchent seulement vers quinze, dix-huit, vingt mois, deux ans même? et l'on constate immédiatement une hésitation, une faiblesse d'une jambe, souvent des deux, on remarque que les pieds sont anormalement tournés en dehors ou en dedans; puis, lorsqu'avec bien de la peine, l'enfant commence à marcher seul, on le voit se dandiner d'une façon spéciale, peu à peu plus accentuée, jusqu'au moment où s'établit une sorte de tolérance. A l'examen physique, pour peu qu'on examine ces enfants avec soin et à plusieurs reprises, à intervalles variables, on sent d'abord au palper que seulement dans quelques mouvements spéciaux, la tête fémorale est un peu saillante soit vers la fesse, soit sous l'épine iliaque, puis cette saillie augmente et finalement il y a une luxation nette, le plus souvent en arrière, quelquefois en haut.

La seule analyse de ces symptômes permet de conclure qu'il existe originellement une malformation articulaire. Au début, la tête est en regard du cotyle, mais ce cotyle est trop petit pour la recevoir ou trop plat pour l'emboîter. Tant que l'enfant ne marche pas, on n'y voit rien ou à peu près, au moins dans la grande majorité des cas. Mais que le poids du corps intervienne : et la tête fémorale, que rien ne cale en haut et en arrière, va monter vers la fosse iliaque. Elle restera, il est vrai, coiffée par la capsule épaissie et distendue, mais jamais déchirée.

Ainsi, la malformation articulaire est le fait initial, comme l'a clairement énoncé, il y a quelques jours, mon maître Lannelongue; la luxation est un fait secondaire au point de vue pathogénique, mais c'est elle qui nous intéresse au point de vue thérapeutique.

Quoi qu'en ait cru Verneuil, cette malformation n'est pas une simple vue de l'esprit. En autopsiant 332 nouveau-nés, morts à l'hospice des Enfants-Assistés, Parise l'a constatée trois fois : et Verneuil lui-même reconnaît qu'alors la paralysie des fessiers n'est pas en jeu. Mais il répond immédiatement : n'est-ce pas un chiffre infime eu égard au nombre considérable des luxations dites congénitales de la hanche? Or, il suffit de quelques connaissances élémentaires en mathématiques pour conclure qu'en réalité ce chiffre est énorme. La proportion de 1 pour 100 sur une série continue est comparable à celle de 1 pour 10.000 par laquelle, d'après les relevés de Trélat à la Maternité, doit se chiffrer la proportion des malformations ano-rectales. Les malformations de la hanche seraient donc environ 100 fois plus communes que celles de l'anus et du rectum, et si l'on songe à la fréquence relative avec laquelle nous observons les secondes, on se rend compte immédiatement combien les premières doivent être banales.

Lorsqu'on a l'heureuse fortune de disséquer une malformation de la hanche chez un sujet n'ayant pas encore marché, on comprend que la marche doive avoir pour effet de faire remonter, c'est-à-dire luxer, la tête que rien n'emboîte. Et lorsque la marche a produit cet effet, on constate à l'autopsie que le cotyle est incapable de recevoir la tête.

Tel est le fait anatomique initial, et non point une paralysie imaginaire des fessiers. Il existe, sans doute, une atrophie en masse du membre inférieur, tout entier plus grêle et plus court. Mais si on dissèque les muscles, on les trouve fermes et rouges : une seule fois, au cours de mes nombreuses opérations, j'ai trouvé, chez une fille âgée, des muscles fessiers mous et jaunes. Et récemment, Lannelongue a démontré par l'histologie que les muscles sont petits, mais de structure normale.

Toutes ces données font justice des conceptions thérapeutiques de Verneuil : fortifier les muscles ne sera jamais qu'un adjuvant. D'ailleurs, Verneuil a publié quelques guérisons de parésies des muscles de la fesse sans luxation, mais il n'a publié nulle part un succès où l'histoire fût réellement celle de la luxation congénitale.

* * *

Ces préliminaires posés, je peux entrer dans le vif de mon sujet.

Pour traiter les luxations congénitales de la hanche, le but visé doit être : 1° de réduire dans le cotyle la tête déplacée; 2° de l'y maintenir. On s'est proposé, depuis bien longtemps, d'y parvenir par des moyens orthopédiques; depuis quelques années, on a eu recours à des interventions sanglantes.

* * *

Traitement orthopédique. — On a décrit des *manœuvres de réduction* assez variées, constituées soit par des mouvements réglés plus ou moins analogues à ceux qui sont utilisés pour réduire les luxations traumatiques, soit, plus simplement, par les divers modes d'extension continue, soit par l'association des deux. De Pravaz à Paci, les chirurgiens sont nombreux, qui ont essayé de systématiser ce traitement : mais, si les résultats immédiats sont souvent satisfaisants, les résultats définitifs ont toujours été illusoires.

Le résultat immédiat est bon quand la difformité extérieure est supprimée, le raccourcissement étant corrigé et la tête n'étant plus appréciable à la palpation. Or on y parvient aisément pour les jointures souples des enfants encore jeunes. Tout à fait au début, il suffit d'exercer, à la main, une extension temporaire médiocrement intense; plus tard, les manœuvres de Paci sont efficaces; et quand existe une contracture commençante des fléchisseurs et des adducteurs, elles restent encore utilisables pendant quelque temps, pourvu que l'on ait préalablement assoupli la jointure par l'extension continue.

Mais dans ces conditions a-t-on obtenu la réduction proprement dite? Je ne le crois absolument pas, et, pour être de cet avis, il suffit de regarder les pièces anatomiques. Sur ces pièces, même lorsque l'enfant est jeune, on constate que le cotyle est étroit, triangulaire, incapable de recevoir la tête, qui ne peut y pénétrer que par son pôle. Toutes les fois que j'ai opéré, j'ai, naturellement, exploré l'ancien cotyle avec le doigt, et toujours je suis arrivé à la même conclusion : on peut mettre la tête orthopédiquement devant le cotyle, mais non dans le cotyle. Et de cela j'ai la preuve directe, fournie par l'autopsie d'une de mes opérées qui a succombé à la septicémie : au doigt, le cotyle m'avait semblé large et, après l'avoir simplement débarrassé des parties molles qui l'encombraient, j'ai pratiqué les mêmes manœuvres que pour une luxation traumatique récente; et brusquement, avec le claquement caractéristique, la tête disparut, les deux membres devinrent identiques. Or l'autopsie m'a appris que seule l'extrémité de la tête, un peu effilée, pénétrait dans le cotyle : et pièces en main il était tout à fait impossible d'obtenir autre chose.

Il y a, sans doute, quelquefois un cotyle large, et cela semble être la règle tout à fait au début. Alors la réduction est possible : mais la tête arrive sur une surface plate où aucun rebord ne la peut ensuite maintenir.

Donc, restez-en aux manœuvres de réduction, puis faites marcher l'enfant : et fatalement la luxation récidivera, dans un cas comme dans l'autre.

Tous les chirurgiens et tous les orthopédistes sont arrivés à cette conclusion : aussi ont-ils fait suivre cette réduction — ou plutôt cette fausse réduction — de manœuvres, d'interventions diverses, destinées à fixer la tête. Et s'ils y étaient parvenus, peu aurait importé que la réduction initiale eût été apparente ou réelle, complète ou incomplète.

Il est bien connu, en effet, que si, dans le cas particulier, la claudication est spécialement disgracieuse et la marche spécialement fatigante, c'est parce que la tête, n'étant maintenue que par des liens fibreux, subit à chaque appui sur le sol une ascension plus ou moins étendue : tout point d'appui solide fait défaut, aussi bien à l'action musculaire qu'au poids du corps, et, de la sorte, un sujet atteint de luxation congénitale de la hanche est, au point de vue fonctionnel, en bien plus mauvaise posture qu'un sujet dont la hanche est ankylosée en bonne position.

A cet égard, d'ailleurs, les luxations congénitales de la hanche, abandonnées à elles-mêmes, se divisent nettement en deux catégories : les unes, sans que cependant il se crée d'ordinaire une pseudarthrose proprement dite, se fixent à peu près, tôt ou tard; les autres, au contraire, restent toujours oscillantes, et, la jointure se fatiguant sans cesse, se compliquent de poussées d'arthrite subaiguë, de contractures et de rétractions des muscles fléchisseurs et adducteurs. Les premières, qui sont compatibles avec un fonctionnement passable du membre, comprennent une proportion notable des luxations en

haut et en avant; les secondes, qui vouent le sujet à une infirmité plus ou moins grave, sont de beaucoup plus fréquentes et comprennent la grande majorité des luxations en arrière.

Que la tête soit haute ou basse, qu'elle soit dans le cotyle ou hors du cotyle, la réduire n'est qu'un point accessoire; il faut la fixer. Tous les chirurgiens s'en sont rendu compte et depuis longtemps on a imaginé des procédés pour y parvenir. Je ne ferai que rappeler les scarifications de la capsule, l'immobilisation prolongée après réduction, soit par l'extension continue soit par un appareil plâtré, etc. Ou bien on a cherché, avec des appareils plus ou moins dérivés de la ceinture de Dupuytren, à permettre au sujet de marcher, tout en s'opposant à l'ascension de la tête par un appui extérieur fourni au grand trochanter.

Tout cela a échoué lamentablement. Il y a quelques années, M. Lannelongue a eu l'idée de provoquer autour de la tête, abaissée le plus possible, une sclérose des parties molles et peut-être une ossification sous-périostique à l'aide des injections de chlorure de zinc qu'il venait de systématiser, pour les tumeurs blanches, comme méthode sclérogène. Il a de la sorte raidi la jointure, et lorsque les sujets ont commencé de nouveau à marcher, après une immobilisation plus ou moins prolongée, leur déhanchement était moindre : mais finalement le résultat a été nul.

Toutes ces tentatives ont l'inconvénient majeur d'obliger le malade à un repos au lit prolongé, au bout duquel il y a une amélioration temporaire, suivie d'une récidive à peu près fatale. Aussi, après une fortune et une vogue variables, ont-elles été à peu près toutes abandonnées, et pour mon compte personnel, après avoir observé un nombre considérable d'enfants, après avoir essayé un peu de tout, après avoir vu les résultats obtenus par d'autres chirurgiens, j'étais arrivé à conclure qu'il fallait ou bien ne rien faire du tout, ou bien opérer : ne rien faire pendant les premiers temps et en rester là si, la tête se fixant, la difformité devenait compatible avec un fonctionnement convenable du membre.

Depuis quelques mois, une méthode nouvelle a vu le jour et c'est à Lorenz[1] que nous la devons. Après avoir obtenu la réduction, par des manœuvres basées sur l'extension, l'abduction et la rotation en dedans, Lorenz fixe le membre, à l'aide d'un appareil plâtré, dans l'abduction forcée. Dans cette attitude, le sujet marche et la tête, fixée contre le cotyle, finirait, sous la pression que détermine le poids du corps, par se creuser une place.

Ce traitement mérite incontestablement d'être mis à l'étude : il a le grand avantage de permettre la marche, et je puis affirmer, pour l'avoir constaté personnellement, que les enfants ainsi appareillés marchent très suffisamment. Mais avons-nous là le moyen cherché depuis tant d'années? Quoi qu'on semble croire de divers côtés, il n'en est rien. Lorenz est le premier à reconnaître que ce traitement n'est guère applicable aux luxations bilatérales; qu'en tout cas il ne saurait en être question, passé quatre à cinq ans, époque où le cotyle semble définitivement rétréci, et où les rétractions musculaires commencent à mettre obstacle la réduction.

Ce serait déjà très beau, si l'on pouvait fixer ainsi les luxations unilatérales des jeunes sujets, et il semble bien que Lorenz ait obtenu ce résultat important. Aussi ai-je prié mon élève, M. Delanglade, au retour d'un voyage qu'il a fait à Vienne, de soumettre quelques enfants à ce traitement. Mon expérience n'est encore ni bien vieille, ni bien étendue. Mais je dois dire que si, dans un cas, lorsque l'appareil fut levé au bout de quatre mois, le résultat parut bon, l'enfant marchant avec une hanche enraidie, peu de semaines après, la souplesse était revenue, et avec elle la récidive. Je continue, car on n'y peut rien perdre, et j'ai plusieurs malades en observation; j'espère dans l'avenir, mais un échec ne me surprendrait pas outre mesure.

Ma conclusion actuelle est que chez les enfants jeunes, à luxation simple et réductible, il ne faut pas songer à opérer avant échec avéré de l'appareil de Lorenz.

Mais si on enregistre cet échec, ou bien si on est consulté à une période où l'application de cet appareil est impossible, alors nous avons dans l'intervention sanglante une ressource précieuse.

1. Lorenz. — « Traitement orthopédique de la luxation congénitale de la hanche. » *Presse médic.*, 14 Mars 1896, n° 23, p. cv.

***

Intervention sanglante. — Nous pouvons faire abstraction de la période ancienne, où la mortalité par septicémie stérilisait toutes les tentatives, et nous ne parlerons que des opérations pratiquées depuis quelques années.

Une des premières auxquelles on ait eu recours est la résection, avec introduction dans le cotyle déshabité soit du col décapité, soit même de l'extrémité supérieure de la diaphyse. Malgré les efforts de Margary — précédé et suivi de quelques autres chirurgiens — c'est une méthode condamnée. Avec Hoffa, on doit déclarer qu'elle fournit des résultats orthopédiques médiocres ou mauvais, et ce que j'ai observé confirme cette opinion. Trois fois, en effet, chez des filles assez âgées, que j'avais eu le tort de ne pas soumettre à l'extension continue préalable, j'ai excisé la tête fémorale, et j'ai obtenu un résultat fonctionnel passable, un médiocre et un mauvais. Dans ce dernier cas, la marche avait été, pendant quelques mois, remarquablement améliorée : mais cela ne s'est pas maintenu et finalement il y a eu résultat nul, sinon même aggravation légère. Les deux autres malades, au contraire, chez lesquelles l'infirmité était au plus haut point, ont tiré de l'intervention un petit bénéfice. Mais cette amélioration est trop faible — et de plus je ne suis pas assez certain qu'elle se maintiendra — pour que je ne m'associe pas au jugement porté par Hoffa.

Et cela d'autant mieux que je crois la réduction toujours possible, si on sait assouplir préalablement la jointure par l'extension continue intensive, selon la méthode de Hennequin. Depuis quelques mois, je me suis attaqué de la sorte aux cas les plus complexes et j'ai mené à bien l'opération.

Avant d'en arriver à l'opération idéale, celle qui vise la réduction sans résection, je mentionnerai l'arthrodèse essayée par Albert, l'enchevillement : ses tentatives n'ont abouti à rien. Il y a quelques années, König a eu une idée ingénieuse : relever au-dessus de la tête, abaissée le plus possible, des volets périostiques, destinés, en s'ossifiant, à former un rebord cotyloïdien. Mais il est inutile d'y insister, puisque König lui-même, après avoir étudié l'opération de Hoffa, a renoncé à son procédé.

La seule méthode d'avenir, parmi les interventions sanglantes, consiste à creuser l'ancien cotyle, devenu trop étroit, de façon à y réduire la tête fémorale, que dorénavant il pourra contenir et maintenir. C'est là ce qu'a inauguré Hoffa, ce qu'a développé et perfectionné Lorenz[1], ce qu'en France plusieurs opérateurs — parmi lesquels mon collègue et ami Kirmisson et moi-même avons tenu la tête depuis cinq ans — ont réalisé à leur tour.

Je vais, dans cet exposé, laisser complètement de côté tout ce qu'a déjà publié M. Kirmisson : j'espère qu'il va nous exposer lui-même ses idées, sa technique, ses résultats. Quoi qu'on en ait insinué, en effet, je sais qu'il continue à intervenir. Et, pour mon propre compte, je serai bref, car j'ai exposé mon manuel opératoire, en détail, au Congrès de pédiatrie de Bordeaux[2], en Août 1895, et je me bornerai ici à le résumer en quelques lignes.

Lorsque Hoffa commença ses recherches, il pensa, avec d'assez nombreux auteurs, que l'obstacle à l'abaissement de la tête devait être cherché, principalement, dans le raccourcissement des muscles pelvitrochantériens rétractés. De là, son procédé opératoire : après avoir traversé la peau et le grand fessier par l'incision de Langenbeck, il désinsérait complètement de leurs attaches trochantériennes les muscles profonds de la fesse, et, sous eux, arrivait à la capsule, qu'il ouvrait. La tête et le col fémoral étant bien libérés, il devenait facile d'aborder le cotyle ancien et de le creuser à la curette. Après réduction, la plaie n'était pas réunie, mais tamponnée à la gaze iodoformée.

Ce procédé a le grave inconvénient d'offenser sérieusement les muscles de la fesse, et, d'autre part, on n'a pas tardé à voir que la rétraction des muscles pelvitrochantériens n'opposait, en réalité, aucun obstacle à la réduction. Je m'en suis rendu compte dès ma première intervention, et, depuis 1891, Lorenz soutient, avec raison, que les muscles doivent être ménagés le plus possible.

1. J. Cottet. — « Luxation congénitale de la hanche. Opération de Lorenz. (Revue générale.) *Presse médic.*, n° 11, 5 Février 1896, p. 61.

2. Broca. — « Traitement opératoire de la luxation congénitale de la hanche. » *Presse médic.*, n° 41, 17 Août 1895, p. 328.

Leur rôle dans la marche est, en effet, des plus importants. J'ai vu un sujet chez lequel, sans aucun déplacement articulaire, une atrophie bilatérale des muscles de la fesse provoquait une claudication oscillante, fort analogue à celle d'une luxation congénitale; et, dans deux cas où j'ai opéré par l'incision demi-circulaire de Jäger, qui sectionne transversalement, à deux doigts au-dessus du trochanter, les muscles fessiers et leurs nerfs, le résultat définitif n'a pas été bon. Un de ces cas, il est vrai, concerne une fille déjà âgée chez laquelle, impuissant à réduire, j'ai pratiqué la résection : mais, mes deux autres réséquées marchent infiniment mieux qu'elle; et, de plus, dans mon autre observation, le résultat anatomique est bon, la tête étant depuis plusieurs années restée emboîtée. Mais, si la fonction est devenue bonne en ce sens que la marche n'est plus fatigante, la claudication reste beaucoup plus disgracieuse que chez tous les autres malades, ce que j'attribue à l'atrophie des muscles de la fesse.

Dans le procédé auquel j'ai presque toujours eu recours, les muscles n'ont pas à souffrir. Après avoir tracé sur la peau l'incision de Langenbeck, je passe entre deux faisceaux du grand fessier, puis, je fais sauter, d'un coup de ciseau oblique, tout le sommet du grand trochanter et je rabats en haut, en isolant bien la capsule, les muscles correspondants. J'ai donc pratiqué une ostéotomie temporaire, et je n'ai désinséré ou coupé aucun muscle : à la fin de l'opération, je remets en place le coin osseux, fixé par quelques points de suture périostiques, et toujours je l'ai vu se bien consolider. Après résection, j'ai toujours vu l'adaptation des surfaces osseuses trochantériennes se faire exactement, sans chevauchement, et, de là, j'ai bien vite conclu qu'on ne saurait, malgré Hoffa, considérer le raccourcissement des muscles correspondants comme le principal obstacle à la réduction. J'ajouterai que, contrairement à Lorenz, je n'ai jamais vu les muscles longs postérieurs (biceps, demi-tendineux et demi-membraneux) être raccourcis et tendus après la réduction, et je n'ai jamais eu à en faire la ténotomie. Les seuls muscles dont la rétraction entre en jeu, sont les muscles, fléchisseurs et adducteurs, et dans le même sens agit la rétraction de la partie antérieure de la capsule, du ligament de Bertin surtout. De là proviennent les seules difficultés de réduction, et, après réduction, la flexion permanente de l'article, assez souvent observée chez les sujets âgés. Aussi, est-il important, au cours de l'opération, de désinsérer avec soin le ligament de Bertin, et est-il parfois nécessaire de sectionner les muscles adducteurs.

Cette myotomie, à laquelle Lorenz a souvent recours, même chez les jeunes enfants qu'il traite par l'appareil plâtré, je l'ai plusieurs fois pratiquée et n'ai pas eu à m'en repentir; mais, dans mes dernières opérations, l'extension continue préalable m'a permis de m'en passer, même chez de grandes filles.

Le procédé opératoire de Lorenz ménage encore plus la musculature, puisqu'on aborde la jointure franchement en dehors, entre le grand fessier et le tenseur du fascia lata, en avant du bord antérieur du moyen fessier. Ses avantages principaux, à mes yeux, sont que, le sujet étant opéré dans le décubitus dorsal, on peut obtenir la réduction par extension directe, sans manœuvres plus ou moins complexes au cours desquelles on risque facilement d'infecter la plaie, et que, si l'asepsie n'est pas parfaite, on a bien moins à craindre d'une plaie drainée à fond, jusque dans la jointure, tandis que dans mon procédé le volet des muscles trochantériens enferme dans le foyer ostéo-articulaire les agents infectieux dont on a pu, par malheur, le contaminer.

C'est pour cela que j'ai commencé à mettre à l'étude ce procédé, quoique depuis bien longtemps je n'aie pas perdu d'opéré. Les chirurgiens qui se déclarent impeccables trouveront peut-être que j'ai tort de me laisser intimider par des désastres qui me sont devenus aujourd'hui inconnus. Je crois prudent d'avoir un procédé grâce auquel une infection légère puisse n'être pas mortelle.

La seule objection à la légitimité de ces interventions est en effet la mortalité par septicémie. Elle devient nulle quand on est devenu très maître de la technique; mais tous les opérateurs, Hoffa, Lorenz aussi bien que Kirmisson et moi, ont eu des revers au début de leur pratique.

Je conclus nettement qu'entre les mains d'un opérateur exercé, la mortalité n'est plus une contre-

indication. Dès lors, nous sommes en droit de juger l'intervention sur les résultats qu'elle fournit.

***

Pour apprécier les résultats de l'intervention, la question doit être envisagée au point de vue artistique et au point de vue pratique, c'est-à-dire au point de vue de la claudication d'une part, de la solidité de la marche d'autre part. En outre, il faut se bien reporter à l'état de la lésion avant l'opération : rien n'est variable, en effet, comme le pronostic fonctionnel d'une luxation congénitale de la hanche abandonnée à elle-même et l'on ne saurait comparer une luxation proche, simple, à tête fixée, et une luxation éloignée, oscillante, avec contracture et poussées d'arthrite ; une luxation chez un enfant de trois ans et une luxation chez un enfant de quinze ans.

Les observations publiées *in extenso*, par un auteur consciencieux, pourront donc seules permettre de trancher la question. D'ici à quelques jours, celles de ma pratique personnelle vont être relatées intégralement, dans la thèse de mon élève Delanglade. C'est à elles que je renvoie et actuellement je veux seulement, sans même répéter les chiffres dont j'ai récemment entretenu l'*Académie de médecine*[1], tirer quelques conclusions générales.

Pour une luxation simple, chez une enfant jeune, au-dessous de quatre à cinq ans, la guérison sans trace de claudication est possible : j'en ai présenté un exemple à l'Académie et la fillette boîte de l'autre côté, où elle est atteinte d'une petite luxation en haut, que je n'opère pas. Je me garderai bien cependant de jamais promettre ce résultat idéal, possible, mais non certain, même dans les cas les plus légers.

Ce que l'on peut promettre, même dans des cas en apparence défavorables, chez des sujets de dix, douze et quinze ans, c'est une claudication bien moins disgracieuse et une amélioration fonctionnelle considérable. Il y a des récidives : j'en ai eu trois et tous les autres opérateurs, y compris Lorenz, en enregistrent de temps à autre. Mais le fait est rare quand on opère bien. La tête reste réduite et fixée. Aussi la boiterie devient-elle analogue à celle d'une coxalgie guérie, et ce n'est plus l'horrible déhanchement. Et surtout, la hanche est solide : sur deux pièces que m'a fournies une autopsie tardive, j'ai vu la tête fortement emboîtée dans le cotyle creusé. De là un point d'appui tel que la marche a lieu sans fatigue. Tous mes malades, à cet égard, sont considérablement améliorés, capables qu'ils sont de fournir de longues courses, alors qu'auparavant ils ne pouvaient pas faire 500 mètres sans se reposer ; capables qu'ils sont de se tenir debout sur leur jambe opérée en levant l'autre pied, et même de sauter sur elle à cloche-pied. Le fait est que les parents sont contents et que plusieurs en ont décidé d'autres à l'intervention.

Pour arriver à ce bon résultat, il faut du temps, il faut instituer un traitement orthopédique attentif, par l'électrisation, le massage. De la sorte, j'ai eu de très bons résultats, même dans de très mauvais cas, même dans des luxations bilatérales.

Je suis loin de conclure qu'il faille opérer de parti pris chez l'enfant en bas âge : il faut surveiller l'enfant, voir si la luxation s'aggrave, et, à ce point de vue, bien distinguer les luxations en haut et les luxations en arrière. Mais on n'attendra pas la période de contracture et d'infirmité complète si l'on constate, ce qui d'ailleurs est la règle, une aggravation progressive.

1. Broca. — « Luxation congénitale de la hanche. » *Presse médic.*, n° 21, 11 Mars 1896, p. 52.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

1er Avril 1896.

Des injections de salol iodoformé dans les foyers tuberculeux des os. — **M. Reynier**, Les tuberculoses osseuses légères sont souvent abandonnées à un simple traitement médical, parce que l'intervention à laquelle nous avons recours dans ces cas entraîne à sa suite des délabrements assez considérables. Je pense que, si l'on pouvait éviter l'extrême longueur des suites opératoires, on se montrerait plus hardi. Après trépanation osseuse, il reste une cavité qui ne se comble que lentement et s'infecte parfois ; j'ai donc songé à obturer cette cavité, immédiatement après l'avoir creusée, et à y laisser un produit à la fois antiseptique et antituberculeux. Pour ce faire, j'ai eu recours à un mélange de salol et d'iodoforme qui se liquéfie à 40 degrés. Je procède donc de la façon suivante : le salol et l'iodoforme sont mis dans une capsule et chauffés jusqu'à liquéfaction. Je laisse refroidir de manière à avoir un mélange de consistance sirupeuse que je verse dans la cavité creusée. Ainsi se trouve constitué un véritable mastic qui obstrue la cavité, et la plombe comme s'il s'agissait d'une dent cariée. Ce mastic est en même temps antiseptique et antituberculeux et exerce par suite une heureuse influence sur les lésions voisines. Les parties molles sont suturées par-dessus.

Chez 6 malades, j'ai eu recours à ce traitement et les résultats ont été excellents. La guérison s'est faite comme pour une plaie ordinaire et s'est maintenue. Chez un de mes malades, que j'avais ainsi traité pour un foyer tuberculeux du tibia, l'amputation de la jambe fut pratiquée ultérieurement, par suite de l'apparition de nouvelles lésions diffuses du tibia. L'autopsie de cette jambe, pratiquée par M. Floersheim, permit de voir que le mastic de salol iodoformé ne s'était pas résorbé, et qu'il obturait encore la cavité aux parois de laquelle il était très adhérent.

M. Félizet. Le terme d'injection dont s'est servi M. Reynier n'est pas exact, car il n'y a pas d'injection faite au sens propre du mot, mais bien un évidement économique que l'on comble avec le mélange de salol et d'iodoforme.

Pour ma part, j'ai eu l'intention de traiter, chez les enfants, les lésions tuberculeuses au moyen d'injections interstitielles de substances antituberculeuses. Des expériences sur le cadavre me démontrèrent qu'il était impossible, même avec une pression de 120 centimètres cubes de mercure, de faire pénétrer un liquide aqueux coloré à plus de 2 ou 3 centimètres du point d'injection. Ces expériences ont été faites sur l'extrémité supérieure du fémur, à l'état sain. Sur les tissus malades, l'injection est encore plus difficile, par suite impossible.

Quant à l'action du salol iodoformé enkysté, est-elle aussi efficace que le pense M. Reynier ? Le mastic ainsi formé ne joue-t-il pas simplement le rôle d'un séquestre aseptique ?

M. Routier. Comme M. Félizet, je pense que les bons résultats obtenus par M. Reynier ne tiennent pas au salol iodoformé solidifié et laissé à demeure, mais qu'ils sont dus au soin tout particulier avec lequel M. Reynier a conduit ses interventions. En 1885, Shede avait préconisé le procédé dit du « caillot humide » et qui consistait à laisser la cavité osseuse se remplir de sang et à suturer par-dessus. Comme Shede, j'ai eu quelques résultats heurenx au début, puis ces résultats sont devenus moins bons et j'ai renoncé à la méthode. D'autres auteurs ont effectué une sorte de plombage des os en coulant, dans les cavités creusées, des alliages divers et même du plâtre. Je crois donc que les résultats heureux de M. Reynier sont moins dus à l'action propre du salol iodoformé, qu'au soin avec lequel il a pratiqué ses interventions.

M. Quénu. C'est dans le sens indiqué par M. Reynier que M. Reclus a employé la formule à l'iodoforme ; je ne crois pas que les succès obtenus aient été durables ou nombreux.

A propos de l'évidement osseux, je dirai que, bien des fois chez l'enfant, je suis intervenu pour la tuberculose du calcanéum et n'ai laissé que la coque ; or, la réparation s'est faite très vite, toutes les fois que j'avais enlevé les lésions tuberculeuses en totalité. Dans le cas contraire, la récidive survient toujours.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche. — **M. Broca** (V. p. cxxxv).

Ectopie vulvaire de l'anus. — **M. Kirmisson.** Je vous présente une enfant de quelques mois qui était atteinte d'une ectopie vulvaire de l'anus. Un chirurgien de Nancy avait échoué dans une première opération autoplastique. J'ai eu recours au procédé de Nélaton père, c'est-à-dire à la libération du rectum, et à sa nouvelle fixation en lieu normal ; le succès a couronné ma tentative.

M. Pozzi. Il y a deux ans, j'ai utilisé ce même procédé avec succès. J'insiste simplement sur l'importance qu'il y a à bien mobiliser le segment inférieur du rectum, avant de le fixer à sa place normale ; il ne faut pas qu'il y ait le moindre tiraillement, si l'on veut réussir.

Appareil de Hennequin dans les fractures du fémur. — **M. Berger.** Je présente deux malades qui, il il y a respectivement trois et quatre mois et demi, ont été atteints d'une fracture sus-condylienne du fémur. L'appareil de Hennequin a été appliqué par M. Hennequin lui-même, et, malgré la gravité des lésions, le résultat est parfait : il n'y a pas de raccourcissement ni d'ankylose du genou.

M. Gérard-Marchant. J'ai en ce moment, dans mon service, un malade qui a été traité en ville d'une tout autre manière et avec un résultat, d'ailleurs, diamétralement opposé. La fracture remonte à cinq mois ; il n'y a pas de consolidation et le membre est atrophié.

M. Delorme. J'ai vu des fractures analogues à celle des malades de M. Berger et qui ont parfaitement guéri avec d'autres appareils. Si l'appareil de M. Hennequin est excellent, je crois cependant qu'il ne faut pas faire fi des autres.

Cancer du rectum, extirpé il y a deux ans par la voie sacrée. Guérison. — **M. Pozzi.** Je vous présente, en excellent état de santé, une malade à laquelle j'ai enlevé, par la méthode de Kraske, il y a vingt-cinq mois, un épithélioma du rectum d'une hauteur de 10 centimètres, et dont l'extrémité inférieure était à 7 ou 8 centimètres de l'anus. Cette malade était en état de cachexie avancée lorsque je l'ai opérée ; les membres inférieurs étaient infiltrés et l'amaigrissement considérable. Actuellement la santé est parfaite.

Les fonctions sont rétablies, car l'anus a été conservé. Il a persisté pendant quelque temps une fistule sacrée qui s'est oblitérée spontanément au bout de trois ou quatre mois.

Le diagnostic d'épithélioma a été confirmé par l'examen histologique, pratiqué par MM. Cornil et Latteux.

M. Quénu. En matière de cancer du rectum, malgré les revers que nous éprouvons quelquefois, on est autorisé à tout tenter. D'ailleurs nous avons, de temps en temps, des succès très encourageants.

En 1890, j'ai opéré un malade qui n'a pas encore eu de récidive. En Allemagne, on cite également des cas de guérison remontant à six, sept, dix et douze ans.

M. Chaput. Un de mes opérés reste guéri depuis six ans, et son état était tel que M. Blum avait refusé d'intervenir.

Un nouveau compresseur intestinal. — **M. Chaput.** Les procédés de compression de l'intestin peuvent se ranger sous trois chefs :

1° Les ligatures ;
2° Les pinces ;
3° Les compresseurs proprement dits.

Les ligatures à la soie, à la gaze iodoformée ou au caoutchouc, ont deux inconvénients ; ordinairement ils ne compriment pas suffisamment pour empêcher la filtration des matières liquides, surtout dans les cas d'occlusion ou de hernie gangrenées. Pour obtenir une coprostase suffisante, il faudrait alors une compression excessive qui compromettrait, avec la vitalité de l'intestin, l'imperméabilité des sutures.

Les pinces-compresseurs sont des instruments longs et encombrants ; en outre, elles entraînent par leur poids l'intestin, et le font basculer ; cela devient très gênant quand on suture certaines régions de l'organe.

Les compresseurs proprement dits, comme ceux de *Rydygier*, sont satisfaisants et peu encombrants. J'ai modifié notablement et amélioré l'appareil de Rydygier, qui se compose de deux baguettes entre lesquelles on comprime l'intestin et qu'on lie à leurs deux extrémités.

L'instrument que je vous présente se compose de deux lames métalliques minces et flexibles réunies à une de leurs extrémités par une charnière.

Pour s'en servir, on met les deux lames dans le prolongement l'une de l'autre, on perfore avec l'une d'elles le mésentère et on rabat l'autre par-dessus l'intestin. On coiffe alors les extrémités libres des deux lames d'un petit fragment de drain qui les maintient comme ferait une ligature. Si l'intestin à comprimer était très épais, on diminuerait la compression en taillant un annelet de caoutchouc dans un drain d'un gros diamètre.

Il existe deux modèles de ce compresseur : l'un mesure 9 centimètres de longueur, il est destiné à l'intestin grêle ; l'autre mesure 12 centimètres, il est destiné au gros intestin.

En prenant la précaution de placer l'intestin au milieu de l'appareil, on n'aura pas de tendance à la bascule comme avec les pinces-compresseurs.

Mon appareil est plus simple, plus pratique et d'emploi plus facile et plus rapide que celui de Rydygier.

Grossesse extra-utérine. — **M. Rochard** montre une grossesse extra-utérine de deux mois et demi avec fœtus vivant, lors de l'intervention.

Epingle dans la main photographiée par les rayons de Rœntgen. — **M. Schwartz** montre la photographie obtenue au moyen des rayons cathodiques d'une main dans l'épaisseur de laquelle est fichée une aiguille. Celle-ci ne détermine plus aucune douleur, et n'est pas sentie par la palpation. On se demandait si elle était toujours dans les tissus : la réponse donnée par la photographie est affirmative. F. Jayle.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

3 Avril 1896.

Communication interventriculaire. — **M. Frœnkel** rapporte l'histoire d'un enfant de dix-huit mois mort à l'hôpital Trousseau. On avait diagnostiqué : rétrécissement pulmonaire, grâce à des signes sthétoscopiques. Le petit malade présentait en outre de la cyanose des extrémités. La mort survint dans une crise de dyspnée. L'autopsie montra un cœur très gros. Le ventricule droit était hypertrophié, l'oreillette dilatée. La crosse aortique était également très dilatée. En haut de la cloison interventriculaire, on voit un large orifice faisant communiquer largement les deux ventricules. Le trou de Botal était persistant ainsi que le canal artériel. L'artère pulmonaire était rétrécie à son orifice.

Orifice mitral calcifié. — **M. Faitout** montre le cœur d'une femme de soixante et onze ans, morte de pneumonie dans le service de M. Toupet. Tout le pourtour d'insertion des valves mitrales présente un anneau très épais, complètement transformé en tissu calcaire, enserrant l'orifice mitral.

M. Faitout montre encore un cas d'épaississement uniforme, généralisé à tout le foie, de la capsule de Glisson.

Cholécystentérostomie expérimentale. — **M. Souligoux** montre des pièces de cholécystentérostomie de gastro-entéroanastomose et d'entéroanastomose pratiquées par son procédé, sans ouvrir la cavité intestinale. Dans la cholécystentérostomie, M. Souligoux est parvenu à faire une ampoule de Vater au point d'abouchement de la vésicule biliaire au duodénum.

Mammite chronique. — **M. Pilliet** montre des coupes de mammite chronique. Au niveau de certains canalicules, on voit les lésions du fibrome végétant intracanaliculaire.

Allongement hypertrophique du col. — **M. Pilliet** présente des coupes pratiquées sur un col utérin allongé et hypertrophié. Les lésions de la muqueuse sont très accentuées, et M. Pilliet pense que ces lésions sont primitives, et que l'allongement est secondaire.

R. Marie.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

23 Mars 1896.

Dosage et séméiologie de l'uroérythrine. — **M. E. Gautrelet.** Ayant étudié l'urobiline dans une première communication, je reviens aujourd'hui sur la question des pigments urinaires, afin de compléter leur étude par l'examen du second des pigments normaux de l'urine, l'uroérythrine.

Tout d'abord, je dirai que l'uroérythrine n'a pas été été indiquée jusqu'ici par les auteurs classiques comme faisant partie de l'urine normale; que je suis le premier à avoir compris ce pigment parmi les éléments relevant de toute excrétion rénale physiologique.

Or, les raisons de ces divergences sont les suivantes : J'ai montré que l'urobiline était, au point de vue chimique général, un amide, c'est-à-dire un corps dérivant des alcools par substitution d'une molécule d'ammoniaque à une molécule d'eau, et que, pour ma part, je la considérais comme l'amide-phénol leucini-lactamnique de l'acide gallique; autrement dit comme résultant de la substitution des deux ammoniaques composés : leucine et lactamnine à deux molécules d'eau (jouant le rôle d'acide) dans l'acide phénol : gallol.

Au point de vue chimique particulier, j'ai rappelé que tous les auteurs s'accordaient à faire dériver l'urobiline de l'hémoglobine, par réduction hydratée, en partant de la bilirubine, produit de réduction primitif de l'hémoglobine.

Or, quand au lieu d'une réduction hydratée de cette bilirubine, l'on envisage le cas d'une réduction pure et simple, chimiquement parlant, l'on arrive à un terme qui offre exactement la composition de l'uroérythrine, ainsi que le montre l'équation ci-dessous :

$$\underset{\text{bilirubine}}{2(C^{32}H^{18}Az^2O^6)} + \underset{\text{hydrogène}}{11H^2} = \underset{\text{uroérythrine}}{C^{64}H^{36}Az^4O^{10}}$$

Aussi, comprend-on de suite, physiologiquement : 1° que l'uroérythrine fasse partie, parallèlement à l'urobiline, de la sécrétion urinaire normale, puisque les réductions organiques sont mixtes, c'est-à-dire à la fois simples et avec hydratation; 2° comment aussi les auteurs classiques, qui n'avaient pas à leur disposition le procédé de recherche et de dosage que j'ai personnellement trouvé — et que je décrirai dans un instant — qui n'avaient à leur disposition que des procédés grossiers de constatation de l'uroérythrine, tels que sa précipitation en même temps que l'acide urique (lorsque celui-ci se trouve en excès relatif dans l'urine), ne considéraient pas ce produit colorant comme normal.

Et pourtant, si l'on veut bien se rappeler que le procédé classique de dosage de l'acide urique dans l'urine, c'est-à-dire sa précipitation par l'acide chlorhydrique à froid, fournit toujours un dépôt plus ou moins coloré en rose-rouge même avec les urines physiologiques, la démonstration de la présence de l'uroérythrine comme principe colorant normal des urines, se trouve faite d'elle-même.

Mais personne, ni parmi les chimistes, ni parmi les physiologistes, ne semble avoir réfléchi à cette constatation de tous les jours.

L'uroérythrine est donc ainsi, de même que son congénère urinaire, l'urobiline, un amide dérivant également de l'hémoglobine, mais qui, au lieu de se présenter sous la couleur rouge-brun de l'urobiline, offre la coloration rose-rouge, et qui, comme l'urobiline, est très soluble dans l'alcool (moyen de décoloration des précipités uriques).

De plus l'uroérythrine, au même titre que son principe initial sanguin, l'hémoglobine, et que son congénère urinaire, l'urobiline, jouit de propriétés spectroscopiques très nettes au point de vue des phénomènes d'absorption.

Mais, toutefois, contrairement à ce qu'en a dit le physiologiste anglais Mac Munn, qui a été l'un des précurseurs en spectroscopie biologique, et qui attribuait à ce corps deux simples bandes situées dans le jaune et le vert, entre les raies E et D de *Frauenhofer*, pour ma part, j'ai constamment trouvé à l'uroérhythrine deux bandes supplémentaires situées, l'une dans l'orange à gauche de C, l'autre dans le jaune à droite de cette même raie, c'est-à-dire entre C et D, raies que Quincke avait trouvées déjà dans l'urine, et qu'il attribuait toutefois, non à l'uroérythrine, mais à un pigment innommé qu'il considérait comme formé par le baume de copahu.

Or, l'on sait que les produits essentiels tels que l'essence de térébenthine, le baume de copahu, etc, agissent physiologiquement sur les échanges organiques comme des éléments réducteurs, et l'on comprend donc que leur absorption soit ainsi suivie de l'excrétion parmi les déchets urinaires, de produits incomplètement oxydés : l'uroérythrine, par exemple, par rapport à l'urobiline, en comprenant comme tous les chimistes physiologistes le conçoivent, A. Gautier, entre autres, le phénomène physiologique d'hydratation comme une oxydation secondaire; l'on comprend donc comment, je le répète, ne disposant que de procédés de recherche spectroscopique ne permettant de saisir les pigments urinaires que lorsqu'ils se trouvent concentrées dans des proportions élevées, très supérieures à la normale, Mac Munn d'une part n'ait pas pu déceler ces bandes de Quincke dans l'urine normale et que Quincke ne les ait également d'autre part, rencontrées dans l'urine, que lorsque les conditions de production de l'uroérythrine avaient été artificiellement améliorées par une production exagérée des éléments incomplètement oxydés en général et en particulier de l'uroérythrine.

D'autre part aussi, j'ajouterai — ce que savent bien tous ceux qui s'occupent sérieusement de spectroscopie biologique, et que l'on ne saurait trop répéter — que les phénomènes spectroscopiques d'absorption, même les mieux délimités, tels que ceux des pigments sanguins proprements dits, l'hémoglobine par exemple, ne sont pas aussi facilement appréciables à première vue que cela semble être cru de tous; que ce n'est que par une longue éducation de l'œil que l'on arrive à les saisir avec toute leur netteté.

Aussi, crois-je, pour l'uroérythrine comme pour l'urobiline, avoir contribué dans une large mesure à l'amélioration des conditions d'étude spectroscopique de ces corps, en trouvant dans leurs phénomènes spectroscopiques d'autres repères que ceux que les auteurs classiques décrivaient couramment.

Pour l'urobiline en particulier, j'ai insisté sur ce fait que, au lieu de se fatiguer à se mettre dans l'œil la bande unique U située à droite de *b* au commencement du vert, bande peu apparente en elle-même, il y avait lieu d'employer le truc de recherche « de déceler l'espace vert clair séparant cette bande U de la raie *b* : espace qui, brillant relativement aux deux bandes obscures qui l'encadrent, ressort d'autant mieux et sert de base par contraste à l'observation de la bande U.

Pour l'uroérythrine, j'ai trouvé un repère analogue. Les deux bandes de Quincke laissent l'une et l'autre entre elles et la raie C de Frauenhofer un espace jaune clair qu'il est infiniment plus facile de déceler que les bandes secondaires u' et u'' de l'uroérythrine, et qui permettent par comparaison de trouver ainsi facilement ces bandes. Ce sont donc deux bandes claires séparant à droite et à gauche C des raies u' et u'' qui servent de repère à notre recherche spectroscopique de l'uroérythrine dans l'urine, étant donné que l'uroérythrine existant toujours dans le liquide urinaire parallèlement à l'urobiline; la raie U de celle-ci masque ces deux raies u' et u'' de l'uroérythrine situées à droite de E, raies de Mac Munn comme je l'ai dit précédemment.

Quant au dosage de l'uroérythrine, je ne reviendrai pas sur la description que je vous ai faite de mon appareil — l'urobilinimètre spectroscopique — je ne dirai qu'une chose : c'est que la cuve étant garnie d'urine claire, directement ou par filtration, s'il y a lieu, il suffit de faire tourner le bouton molleté qui entraîne la cuve à urine pour, à un moment donné, voir apparaître deux bandes brillantes, l'une à droite, l'autre à gauche de la raie C de Frauenhofer et que ce repère adopté, il ne reste plus qu'à lire au cercle gradué — entraîné par la vis molletée — le chiffre correspondant au vernier, pour, au moyen d'une table spéciale, obtenir de suite le poids en grammes d'uroérythrine existant dans l'urine examinée.

Ceci étant acquis j'ajouterai qu'à l'état physiologique l'uroérythrine existe dans l'urine dans les conditions pondérales des deux tiers de l'urobiline : soit $\frac{0\text{ gr. }41 \times 2}{3} = 0\text{ gr. }28$ par litre et qu'un adulte à l'état de santé doit ainsi en éliminer $\frac{0{,}01 \times 2}{3} = 0\text{ gr. }0066$ par unité de coefficient biologique et par vingt-quatre heures.

Examinons maintenant à quelles conditions pathologiques ou extraphysiologiques si l'on veut, correspondent les variations de l'uroérythrine.

Maladies chroniques. — J'ai pu rechercher et doser régulièrement l'uroérythrine dans l'urine, en sachant prendre, comme pour l'urobiline, des épaisseurs de liquide suffisantes.

Lorsqu'on opère le dosage de l'hémoglobine au moyen de l'hématoscope d'Hénocque — qui est fondé sur le système d'une petite cuve prismatique — si l'on examine le sang compris entre les deux lames formant le prisme au point où l'épaisseur est la moindre, on ne voit généralement pas — certainement pas une fois sur 100 — les deux bandes d'absorption de l'oxyhémoglobine.

Pour qu'on les vît en ces conditions, il faudrait que le sang contînt une quantité d'oxyhémoglobine très supérieure à la normale, fait qui est des plus rares.

Mais en poussant soit le spectroscope à sa droite sur cette épaisseur suffisante de sang, soit les deux lames à sa gauche, ce qui revient au même, pour augmenter l'épaisseur du sang examiné, on arrive à un point auquel le phénomène spectroscopique est net.

Il en est de même pour les pigments urinaires normaux : urobiline et uroérythrine, comme d'ailleurs d'une façon générale pour toute recherche biologique au spectroscope; il faut arriver à un chiffre d'épaisseur du liquide examiné pour que les phénomènes d'absorption soient manifestes relativement à l'éclairage général de l'appareil.

Or, jamais, pas plus en France qu'à l'étranger, il n'a jusqu'ici été conçu d'appareil spectroscopique appliqué à la biologie — sauf celui d'Hénocque, pour le dosage de l'hémoglobine du sang — donnant à volonté des épaisseurs variées de liquides capables d'amener à un moment déterminé ces phénomènes d'absorption, alors qu'ils n'étaient pas visibles par des épaisseurs courantes. Jusqu'ici, on s'est contenté de placer les liquides à examiner spectroscopiquement soit dans des cuves à épaisseurs fixes, soit plus simplement et plus généralement dans de simples tubes à essai, que l'on interposait entre la source de lumière et le diaphragme du spectroscope.

On comprend donc, de ce fait, toute la valeur de notre méthode qui permet d'employer des épaisseurs d'urine allant jusqu'à 10 centimètres, d'une part, comme d'autre part l'incohérence et par suite la non-valeur des résultats annoncés jusqu'à nous sur la présence ou l'absence de l'urobiline et de l'uroérythrine dans les cas soit physiologiques soit pathologiques.

Quoi qu'il en soit, voici les résultats auxquels je suis arrivé, en cas de maladies chroniques.

A. — Toutes les fois qu'il y a lésion ou simplement troubles fonctionnels du pancréas, l'analyse urologique décèle une augmentation de l'urobiline avec atténuation absolue ou simplement relative de l'uroérythrine.

Les deux exemples suivants sont probants en ce sens.

1° M. V... offre, de l'avis de tous les médecins qui l'ont soigné, un cas type de diabète pancréatique; et de fait, uroséméiologiquement parlant, l'on trouve qu'il en est ainsi, puisque proportionnellement à son urobiline qui est de 1 gr. 97 en vingt-quatre heures, l'on devrait avoir $\frac{1\text{ gr. }79 \times 2}{3} = 1{,}19$ d'uroérythrine et qu'en réalité l'on n'en a pu doser que 0 gr. 49.

1° M. V. . . . . N° 11730

Age.	35 ans. . . .	Coefficient biologique = 63
Taille.	1 m. 72 . . .	
Carrure	0 37 . . .	
Poids	55 kil. 500. .	
Régime	mixte	
Exercice . . .	actif.	

Docimasie normale.

Dosages	Par litre gr.	Par 24 heures c. c.	Normales c. c.	Pourcentages
Volumes	—	2.470 »	1.512 »	163 p.100
Eléments fixes .	132 37	326 95	63 »	410 [1] —
Acidité	2 90	7 16	1 89	378 —
Chlore	5 25	12 96	6 30	205 —
Urée	15 07	37 22	28 35	131 —
Acide urique . .	0 36	0 88	0 63	139 —
Acide phosphor .	1 48	3 65	3 15	115 —
Urobiline	0 80	1 97	0 63	312 —
Uroérythrine . .	0 20	0 49	»	»

Recherches et dosages anormaux.

Glucose.	101 gr. 80 — 251 gr. 46
Acétone	Traces faibles.
Sérine	
Peptones	
Oxalate de chaux	

2° Mme D . . . . . N° 9505

Age.	40 ans . . .	Coefficient biologique = 71
Taille.	1 m. 67 . . .	
Carrure. . . .	0 44 . . .	
Poids.	70 kil. . . .	
Régime. . . .	mixte	
Exercice. . . .	moyen. . . .	

Docimasie normale.

Dosages	Par litre gr.	Par 24 heures c. c.	Normales c. c.	Pourcentages
Volume	—	880 [2] »	1.704 »	51 p.100
Eléments fixes. .	53 26	46 86	71 »	66 —
Acidité.	5 64	4 96	2 13	232 —
Chlore.	7 84	3 37	7 10	47 —
Urée	25 70	22 61	31 95	70 —
Acide urique . .	0 47	0 41	0 71	57 —
Acide phosphor. .	2 33	2 05	3 55	57 —
Urobiline	0 96	0 84	0 71	118 —
Uroérythrine. . .	0 24	0 19	»	»

Recherches et docimasies anormales.

Sérine.	Traces.
Peptones.	
Oxalate de chaux.	
Indican	
Skatol.	

1. Glucose déduit.
2. La malade a des alternances d'oligurie et de polyurie.

Le cas de Mme D... est celui d'une dyspeptique présentant des troubles plutôt intestinaux que gastriques et troubles particuliers aux matières grasses, L'analyse urologique décèle un excès isolé d'urobiline (presque sans uroérythrine), cas analogue à celui du diabète pancréatique précité; de fait, la malade a maigri et sa dyspepsie semble attribuable à une lésion ou à un trouble de fonction du pancréas, indéterminé, puisqu'il n'y a eas de diabète simultané.

B. — Dans les cas d'affection du cœur, localisée aux valvules mitrales, il y a au contraire augmentation relative de l'uroérythrine par rapport à l'urobiline.

L'exemple suivant est net en ce sens.

3° M. V		N° 11871
Age	44 ans.	Coefficient biologique = 77
Taille	1 m. 73	
Carrure	0 40	
Poids	84 kil.	
Régime	mixte	
Exercice	modéré	

Docimasie normale.

Dosages	Par litres gr.	Par 24 heures c. c.	Normales c. c.	Pour centage
Volume	—	790 »	1.848 »	43 p.100
Eléments fixes	46 98	37 38	77 »	49 —
Acidité	4 27	3 44	2 31	149 —
Chlore	6 24	4 98	7 70	69 —
Urée	21 65	17 32	34 05	50 —
Acide urique	0 56	0 45	0 77	60 —
Acide phosphor.	1 99	1 69	3 85	44 —
Urobiline	0 37	0 30	0 77	40 —
Uroérythrine	0 43	0 34	»	» —

Recherches et docimasies anormales.

Sérine	Traces faibles.
Skatol	

Dans le cas de M. V... l'on trouve une observation nette d'affection vasculaire mitrale, liée à une origine rhumatismale contrôlée par l'examen urologique,

Conformément, en effet, aux conclusions que j'ai posées, l'uroérythrine, qui devrait être dans ce cas relativement à l'urobiline de $\frac{0{,}30 \times 2}{3} = 0{,}20$ par recherche est de 0,34, c'est-à-dire représente un chiffre inférieur à la normale 0,51 absolue, mais supérieur d'une façon relative à celui de l'urobiline et même supérieur en fait d'une façon absolue à l'urobiline constatée = 0,34 au lieu de 0,30.

II. — *Maladies aiguës.* — Dans les cas de maladies aiguës, il n'y a variation des rapports de l'urobiline à l'uroérythrine qu'en cas d'état fébrile; et alors, parallèlement à l'augmentation relative de l'uroérythrine il y a augmentation relative également de l'acide urique.

Exemple :

Mme A		N° 14392
Age	25 ans.	Coefficient biologique = 54
Taille	1 m. 61	
Carrure	0 35	
Poids	54 kil	
Régime	lacté mixte	
Exercice	modéré	

Docimasies normales.

Dosages	Par litre gr.	Par 24 heures c. c.	Normales c. c.	Pour-centages
Volume	—	2.000 »	1.296 »	156 p.100
Eléments fixes	22 24	44 68	54 »	87 —
Acidité	1 38	2 76	1 02	170 —
Chlore	5 92	11 84	5 40	219 —
Urée	10 87	20 74	24 30	85 —
Acide urique	0 34	0 68	0 54	127 —
Acide phosphor.	1 82	3 64	2 70	136 —
Urobiline	0 34	0 68	0 54	127 —
Uroérythrine	0 28	0 56	»	»

Recherches et docimasie anormale.

Glucose	Traces.
Cystine	Traces faibles.

Il s'agit, dans le cas de Mme A... d'un état fébrile durable et inexpliqué.

L'analyse semble y démontrer des troubles de circulation hépatique secondaires et sous l'influence d'une lésion ou d'un trouble de fonction de la rate.

L'uroérythrine est, en effet, plus accentuée qu'elle ne devrait l'être par rapport à l'urobiline et il y a également augmentation considérable de l'acide urique et du volume,

En résumé, de cette étude de l'uroérythrine, il résulte :

1° Que ce pigment urinaire doit être considéré comme un déchet physiologique d'excrétion rénale;

2° Que l'uroérythrine, de même que l'urobiline, dérive de l'hémoglobine circulatoire par l'intermédiaire de la bilirubine, mais sous l'influence d'une réduction sèche au lieu d'une réduction hydratée, se passant dans le foie ;

3° Que l'uroérythrine jouit de propriétés spectroscopiques d'absorption, parmi lesquelles dans l'examen urinaire direct, les deux bandes obscures situées l'une à droite l'autre à gauche de C sont caractéristiques.

4° Que cette caractéristique spectroscopique peut servir non seulement à la recherche, mais encore au dosage de l'uroérythrine au moyen de l'urobilinimètre spectroscopique Gautrelet en prenant soin surtout de chercher comme repère les deux espaces clairs séparant la raie C de ces deux bandes obscures de l'uroérythrine.

5° Au point de vue chimique l'uroérythrine doit être envisagée, de même que l'urobiline, comme un amide à réactions complices.

6° A l'état normal, l'uroérythrine s'élimine dans la proportion de 0,0066 par unité de coefficient biologique et par 24 heures.

7° C'est-à-dire dans la proportion des deux tiers de l'urobiline.

8° Comme l'urobiline, l'uroérythrine ne subit d'augmentation que dans le cas de diathèse hyperacide.

9° Les variations d'excrétion de l'uroérythrine par rapport à l'urobiline que j'ai pu constater, sont les suivantes :

A. — Maladies chroniques. a) En diminution sur l'urobiline; α) Sans glucose concomitant, dyspepsie pancréatique; β) Avec glucose concomitant, diabète pancréatique; *b*) En augmentation sur l'urobiline, lésions valvulaires mitrales.

A. — Maladies aiguës. Avec augmentation simultanée de l'acide urique; Etats fébriles liés à un trouble de fonction splénique.

10° Autrement, en résumé, les dosages comparatifs de l'urobiline et de l'uroérythrine, permettent de distinguer les troubles de fonction hépatique primitifs des troubles de fonction secondaire c'est-à-dire liés à des troubles de fonction du pancréas, du cœur ou de la rate.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

La dernière séance de la *Réunion libre des chirurgiens de Berlin*, a été particulièrement fournie. Bien qu'il n'y eût pas de discussion proprement dite, mais simple communication de faits isolés, ces faits n'en méritent pas moins d'être relevés, d'abord, à cause de leur intérêt, en second lieu, comme bien typiques, bien caractéristiques de la chirurgie allemande.

Il y a là, tout d'abord, une observation de chirurgie cérébrale, **extraction d'une aiguille implantée dans le cerveau**, présentant cette particularité que jamais on n'a pu savoir par quel miracle, sans traumatisme antérieur du crâne, l'aiguille a pu passer dans le cerveau. L'histoire de cette malade, opérée par **Tillmann**, n'est sûrement pas banale.

Femme de vingt et un ans, anciennement hystérique. En 1890, elle est opérée pour un empyème du sinus maxillaire. En 1894, elle est prise de douleurs auriculaires, de céphalalgie, de fièvre, de douleurs derrière l'oreille. On diagnostique une otite moyenne par propagation, en rapport avec l'ancienne suppuration du sinus, et on fait la trépanation de la mastoïde. Résultat nul : la fièvre persiste, de même les douleurs, puis, un beau jour, apparaît une hémiplégie droite avec douleurs au niveau du pariétal gauche. Donc, en janvier 1895, on fait une trépanation ostéoplastique du pariétal gauche, on met le cerveau à nu, on ponctionne de tous les côtés, pour trouver l'abcès présumé, puis, comme rien ne vient, on ferme la plaie. Cette intervention infructueuse amène pourtant une légère amélioration, et la malade quitte l'hôpital.

En Juin 1895, elle est reprise de ses accidents, et ne voulant pas retourner chez son premier chirurgien, elle rentre dans le service du professeur Bardeleben, à la Charité. Là, on retrouve l'hémiplégie droite présentant cette particularité, qu'elle disparaissait quand la malade était couchée; on retouve également la cicatrice crânienne, au sujet de laquelle la malade refuse tout renseignement. Comme cette cicatrice était manifestement enflammée, que la malade se plaignait de maux de tête, et qu'il y avait peu de fièvre, on rouvre l'ancienne plaie, et, le cerveau une fois mis à nu, on trouve, entre deux circonvolutions, un petit point noir, saillant. On le prend avec une pince, on tire et on retire une aiguille longue de 7 cent. 5. On ferme la plaie qui guérit, par première intention, et la malade quitte l'hôpital, guérie de ses troubles, mais gardant son hémiplégie, qui disparaît brusquement un jour, au cours d'un traitement dirigé contre l'hystérie, que présentait la malade.

Avec **Israël**, nous tombons dans son sujet favori, la chirurgie rénale, ayant trait cette fois à **deux cas d'anurie calculeuse traités par la néphrotomie**. Les deux cas ont présenté des difficultés opératoires d'un ordre tout particulier.

Le premier cas est celui d'une femme de quarante-huit ans, sujette depuis plusieurs années à des coliques néphrétiques, occupant tantôt le rein droit, tantôt le rein gauche. Au cours d'une de ces attaques, elle est prise d'anurie presque absolue qui, au cinquième jour, commence à se compliquer de phénomènes urémiques. Au sixième jour, l'anurie persistant toujours, la malade tombe dans le coma urémique le plus caractéristique, et Israël intervient d'urgence. Il fait une incision lombaire, pour mettre le rein droit à nu, trouve le bassinet et l'uretère distendus, mais pas de calcul dans l'étendue de la plaie; l'incision est donc prolongée en bas, de façon à mettre presque tout l'uretère à nu; on suit le canal de haut en bas, et, enfin, à 2 centimètres environ au-dessous de la ligne innominée, on trouve un calcul, enclavé dans l'uretère. Au moment où Israël essayait de faire remonter l'uretère dans le bassinet, ce dernier se déchire et se détache presque complètement du rein. Le calcul est rapidement amené au dehors, et le bassinet suturé. Tamponnement de la plaie à la gaze iodoformée et guérison sans complications.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un homme chez lequel l'attaque de coliques néphrétiques, la première qu'il ait ressentie, se compliqua d'anurie totale. Israël l'opéra au sixième jour, en pleine urémie. Le rein mis à nu par l'incision lombaire, on trouva dans l'uretère, tout près du bassinet, un calcul, si bien enclavé que, pour l'avoir, il a fallu inciser le conduit. Le rein, dont le volume faisait penser à la possibilité d'un rein unique, contenait également des calculs. Malgré l'hypothèse d'un rein unique, l'organe fut incisé et les calculs enlevés. Un dernier cathétérisme de l'uretère montra que le conduit n'était pas tout à fait perméable. Aussi, toujours dans l'idée d'un rein unique, la plaie rénale fut laissée ouverte. La fistule finit par se cicatriser à la longue, et le malade guérit complètement.

L'hypothèse d'un rein unique se vérifia plus tard. En effet, tant que le malade garda sa fistule il n'urina pas une seule fois et, à plusieurs reprises, le cathétérisme montra que la vessie était vide.

Le cas de **Langenbuch**, une observation de **gastrotomie pour estomac en sablier**, est une nouvelle contribution à l'étude de cette affection, dont on s'occupe beaucoup en ce moment en Allemagne. La malade était entrée dans le service, avec des phénomènes faisant penser à une sténose du pylore d'origine cicatricielle ou cancéreuse, malgré l'absence de toute tumeur appréciable à la palpation. On fit la laparotomie et, à la grande surprise, on trouva un estomac en sablier. La portion rétrécie qui formait un étroit canal de 5 centimètres de longueur, fut incisée et l'inspection des deux cavités qui formaient l'estomac montra la présence de plusieurs ulcères. On voulut procéder à l'excision de ces ulcères, lorsque la malade étant tombée dans le collapsus, il a fallu terminer l'opération au plus vite. On se contenta de prolonger l'incision de chaque côté, de suturer obliquement l'incision longitudinale et de fermer le ventre. La malade se rétablit très rapidement, et resta, pendant trois mois, débarrassée de ces accidents. Depuis quelque temps, les phénomènes morbides tendent à revenir et comme ils ne peuvent tenir qu'aux ulcères constatés au cours de l'intervention, Langenbuch se propose de faire une nouvelle laparotomie, pour exciser les ulcères qui existent.

Un autre cas rapporté par **Langenbuch**, soulève la question des indications de la **ligature de la veine jugulaire dans la pyohémie d'origine otique**. Dans son cas, il s'agit d'un homme, qui, au cours d'une otite moyenne, fut pris de fièvre avec frissons répétés. Langenbuch pratiqua la trépanation de la mastoïde qui était remplie de pus; il curetta le sinus transverse qui renfermait un sang brunâtre, à moitié coagulé et lia les veines jugulaires interne et externe. Le malade guérit et, comme complications, on n'a eu à signaler que deux abcès métastatiques, qui ont guéri après simple guérison. L'apparition de ces abcès montrait donc suffisamment que dans ce cas on avait affaire à une pyohémie, à laquelle on a pu couper court par la ligature des jugulaires. C'est le 5e cas que Langenbuch opère de cette façon, et dans ces conditions : sur 5 cas, il y a quatre guérisons et un mort.

Le dernier fait que nous tenons à signaler est le cas de **colostomie par le procédé de Frank pour cancer haut situé du rectum** rapporté par **Burckardt**. On sait que ce procédé (connu aussi chez nous sous le nom de procédé de Frank-Villar, quand il s'agit de fistule stomacale) consiste à pratiquer un anus iliaque, en faisant passer l'intestin à travers une boutonnière du droit et sous un pont cutané ménagé en dehors de l'incision. Ce procédé aurait l'avantage de fournir un anus continent, grâce aux fibres du droit qui agissent à la façon d'un sphincter, grâce aussi à la coudure que subit l'anse, quand on la fait passer sous le pont cutané. Chez les deux opérés de Burckardt, ce résultat a été des plus manifestes.

RUSSIE

Varneck a communiqué à la *Société de chirurgie de Moscou* un cas d'**angiome hypertrophique du muscle droit de l'abdomen.** Il s'agit d'une femme de vingt-huit ans, qui, il y a neuf ans, s'est aperçue pour la première fois de l'existence d'une tumeur sur l'abdomen; cette tumeur augmentait progressivement de volume et pendant les cinq dernières années provoquait des douleurs assez intenses. Depuis deux ans, du pus s'écoulait par l'ombilic. A l'examen, on trouva une tumeur plate, consistante, uniforme, du volume des deux tiers de la paume de la main. La peau qui la recouvrait était normale; on pouvait passer la main sous la tumeur et se convaincre ainsi qu'il n'y avait pas d'adhérence entre elle et les organes abdominaux. On fit l'opération. La tumeur était située dans l'épaisseur du muscle grand droit abdominal du côté gauche. Une hémorrhagie s'étant produite pendant l'opération, on divisa les muscles en plusieurs faisceaux, on les lia et l'on réséqua la tumeur. La plaie s'est réunie par première intention. L'examen histologique fait par le professeur Nikiporoff a montré qu'il s'agissait d'un angiome hypertrophié.

A la même Société, **Sarytscheff** a montré une malade à

laquelle il y a deux ans, on avait fait une opération pour une **ankylose du maxillaire inférieur**. On avait fait à ce moment une néoarticulation à la limite de la branche montante du maxillaire et l'on avait obtenu un bon résultat. Actuellement, le résultat se maintient : la malade ouvre très bien la bouche, peut mâcher et est même en état de faire quelques mouvements latéraux. Sarytscheff a communiqué un autre cas où il s'agissait de l'immobilité du maxillaire inférieur par cicatrice vicieuse, les cicatrices furent réséquées et une greffe fut faite. Le résultat obtenu est satisfaisant.

A propos de ces deux cas le professeur Bobroff a fait remarquer, qu'il eut à intervenir dans trois cas de même genre; les résultats furent toujours bons.

Signalons encore à la même Société la communication de **Spassakoukotzky** concernant un cas de **résection d'une portion de l'intestin** pour obturer un anus contre nature. Il s'agit d'un malade auquel on avait pratiqué une cure herniaire radicale, pour étranglement, et fait un anus artificiel. La cicatrisation avait duré plus de deux mois et le malade était très épuisé. Après que le processus inflammatoire des régions voisines se fut calmé, on fit une nouvelle opération. La cavité abdominale ouverte, on réséqua les deux bouts de l'intestin et on les sutura par une suture à trois étages. La cicatrisation très lente a duré plus d'un mois, mais le malade quitta l'hôpital en parfait état. L'auteur fait remarquer la présence dans la plaie du pus bleu, accompagnée d'une éruption cutanée spéciale ayant l'aspect de la roséole. Ces deux manifestations sont, d'après lui, liées entre elles.

Bobroff ne croit pas qu'il soit possible de mettre en rapport l'éruption cutanée avec le pus bleu, étant donné qu'on peut observer ces éruptions dans d'autres suppurations.

Notons encore la communication de **Bendougoff** sur un cas d'**hémiparésie droite au cours d'une roséole et d'une pneumonie**. Il s'agit d'un étudiant qui onze jours après le coït fut atteint d'un ulcère de la verge; il ne se fit pas soigner sérieusement et ce n'est que lorsque survint quelques jours après une pneumonie qu'il entra à l'hôpital. La roséole disparut, la pneumonie guérit, mais le malade s'aperçut qu'il avait de la difficulté pour parler, et qu'il traînait la jambe droite. La roséole apparut de nouveau. On administra des frictions et de l'iodure de potassium. Après quarante frictions, les phénomènes morbides se sont atténués considérablement, sans toutefois disparaître complètement. **Oussare** dit que la roséole peut disparaître lorsque surviennent des phénomènes fébriles; mais l'apparition de l'hémiparésie reste inexplicable.

Notons, à la *Société des médecins d'enfants de Moscou*, la communication de **Kyssèle** sur un cas de **lichen desquamatif traité par les préparations de glande thyroïde.** Il s'agit d'une petite fille âgée de dix ans, dans les antécédents de laquelle on ne trouva en fait de maladies infectieuses que la rougeole. Les plaques de lichen d'une forme presque régulièrement sphérique, recouvertes de squames blanches d'une nuance argentée, se trouvent dans différentes régions du corps; elles sont surtout nombreuses sur la face dorsale des pieds et des mains et sur la face antérieure des bras, des avant-bras et des jambes. On prescrivit à cette enfant des pastilles de glande thyroïde de veau à la dose de deux par jour. Le prurit augmenta aussitôt ainsi que la desquamation des plaques, mais celles-ci devinrent plus pâles; plus tard, lorsqu'on porta la dose à 4 pastilles par jour, on nota des céphalées et des vomissements, mais pas d'élévation de température. On continua le traitement en portant la dose à 6 pastilles et, petit à petit, l'éruption s'atténua jusqu'à disparaître totalement. En tout, l'enfant a pris 225 pastilles, ce qui représente 15 centigrammes de glande thyroïde sèche. A part les quelques céphalées, la petite malade se sentait très bien pendant toute la durée du traitement et son appétit était bon. Le poids n'a pas augmenté; l'urine est trouble, de réaction très acide et contient une quantité considérable de sucre, mais pas d'albumine.

Oustinoff dit que les phénomènes notés chez cette enfant doivent être attribués, peut-être, au mode de préparation des pastilles.

Wladimiroff demande s'il ne vaut pas mieux employer la glande thyroïde crue.

Kyssèle répond que l'emploi de la glande thyroïde crue présente beaucoup plus de difficultés, tandis qu'on peut toujours trouver des pastilles; en outre, la glande thyroïde, sous cette dernière forme, est beaucoup plus facile à administrer aux enfants.

Minor pense que toutes les préparations de glande thyroïde présentent les mêmes inconvénients, c'est dire qu'on ne peut pas incriminer le mode de préparation des pastilles dans les accidents observés. Quant à la glande thyroïde crue, il semble que son emploi présente des inconvénients plus graves.

A la même Société, **Mauraboff** a relaté un cas d'**hémorrhagie médullaire**. Il s'agit d'un enfant âgé de huit ans, dont le développement a été tout à fait régulier jusqu'à trois ans. A cette époque, il fit une chute (son frère aîné le jeta par-dessus sa tête), et immédiatement éclata une paraplégie accompagnée d'anesthésie (douleur et chaleur) qui dura deux ans. Actuellement, on trouve : paralysie des extrémités inférieures, mobilité très réduite des articulations du genou et tibio-tarsienne (en marchant, l'enfant fait agir surtout les articulations coxo-fémorales); genoux et plantes du pied fortement contracturés. Sans être soutenu, l'enfant ne peut faire que quelques pas. Amaigrissement notable des muscles fémoraux; atrophie considérable des muscles des jambes avec diminution de l'excitabilité faradique; coloration bleuâtre des mains et des pieds; sensibilité tactile normale; sensibilité à la douleur et à la chaleur diminuée; réflexes rotuliens et tibio-tarsiens fortement exagérés. Émission d'urine parfois involontaire; selles normales.

Les phénomènes que cet enfant présente, étant donnée l'éclosion brusque de la maladie, parlent, d'après l'auteur, en faveur d'une apoplexie de la moelle qui est atteinte dans sa portion lombaire. C'est la substance grise des cornes antérieures et postérieures qui est lésée, la substance blanche des faisceaux postérieurs est intacte, ou du moins peu atteinte; elle est détruite, au contraire, dans les faisceaux latéraux. Les phénomènes cliniques correspondent parfaitement à la description donnée par Minor et Kraft-Ebing, pour l'hématomyélie centrale.

Minor fait remarquer que ce cas est très typique : il a eu à observer un certain nombre de cas semblables, où l'examen anatomique a été fait.

Signalons enfin, à la même Société, le cas rapporté par **Strachounsky**, où il s'agit d'un garçon de trois ans, atteint d'**inversion des viscères**. Cet enfant est venu au monde en excellent état, et se développe très régulièrement, sans présenter le moindre accident résultant de son vice de conformation.

Ouskinoff dit que sur 7.000 autopsies d'enfants, il a rencontré ce vice de conformation 3 fois; il ajoute que parmi ces enfants, il n'y avait pas de jumeaux.

A la *Société des médecins russes*, **Pebroff** a relaté un cas de **polypes multiples de l'estomac et de l'intestin dégénérés en cancer**. Il s'agit d'une jeune fille de vingt ans qui entra à l'hôpital, deux semaines après être tombée malade. La maladie a commencé par une diarrhée fréquente, accompagnée de fortes douleurs dans le ventre; ensuite, il est survenu des vomissements et des crampes dans les jambes. A l'examen, on constata ce qui suit : abdomen modérément ballonné et sensible, pas d'œdème ni ascite. Les jours suivants, ces phénomènes persistèrent, et la diarrhée fut remplacée par une constipation opiniâtre. On fit une laparotomie, et l'on trouva une invagination du cæcum, dont on réséqua une partie. La malade mourut le lendemain. A l'autopsie, on trouva un polype siégeant à l'entrée du cardia; en outre la muqueuse de la paroi antérieure de l'estomac présentait des élévations et des papules; dans le duodénum et l'intestin grêle, on trouva également un grand nombre de polypes disposés, soit en groupes, soit isolément. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un adéno-carcinome.

A la même Société, **Gucorguiewsky** a parlé des **modifications de la glande thyroïde** par l'introduction dans l'économie des préparations de cette glande. Sur des chiens ayant succombé à la suite d'injections de suc thyroïdien, obtenu à l'aide d'une presse hydraulique ou de l'ingestion de glande thyroïde crue ou bouillie, Gucorguieswky n'a jamais constaté une augmentation de volume de la thyroïde aussi considérable que celle qui a été décrite par Ballet et Henriquez; l'augmentation de volume existait dans quelques cas, mais elle était peu considérable. Chez tous les chiens, la glande thyroïde présentait le tableau microscopique suivant : les culs-de-sac glandulaires, étaient très dilatés et remplis d'une substance gélatineuse; l'épithélium, fortement modifié, semblait comme étranglé, de sorte que les cellules avaient perdu complètement leur forme cylindrique ou cubique; le protoplasma manquait complètement, les noyaux nettement s'étaient dessinés et allongés dans le sens des parois des culs-de-sac, les vaisseaux comprimés; l'espace compris entre les culs-de-sac voisins était diminué. Ces modifications s'observent dans toute la glande. Gucorguieswky n'a constaté nulle part ni modifications inflammatoires, ni développement de tissu granuleux.

Janowsky a insisté sur l'importance des recherches expérimentales et microscopiques portant surtout sur les substances qui, comme le suc thyroïdien, sont administrées en clinique dans des affections souvent absolument opposées, comme le myxœdème et la maladie de Grave, et qui donnent, dans les deux cas, d'excellents résultats.

A la même société **Mariantschik** a communiqué un cas de **laparotomie chez une enfant nouveau-née**, pour une hernie congénitale du cordon ombilical. L'enfant, née d'une multipare, pesait 3.000 grammes et présentait sur le ventre une tumeur de forme hémisphérique, large à la base de 6 à 8 centimètres. La laparotomie fut pratiquée trente et une heures après la naissance et dura cinquante-cinq minutes. Les suites opératoires ne présentèrent rien de particulier. Etant donnée la faiblesse de l'enfant, on lui donna le troisième jour un lavement avec du cognac. Le cinquième jour, l'enfant succomba. A l'autopsie, on trouva une péritonite localisée et une inflammation aiguë de la muqueuse gastrique et intestinale. Après avoir expliqué cette gastrite par l'action irritante du cognac et la considérant comme une cause probable de la mort, l'auteur se résume par les considérations suivantes : 1° chez tout enfant viable, la cure radicale doit être pratiquée et de meilleure heure possible; 2° la laparotomie est le procédé opératoire le plus sûr; toutefois, pour qu'elle réussisse, il est utile de ne pas extrophier le sac en même temps; 3° l'alcool est absolument interdit, même aux plus petites doses; 4° on rencontre souvent dans ce cas une rate rudimentaire.

Signalons encore l'opinion émise par **Voskressensky** à propos d'un cas de **fibro-myome** extrait par la laparotomie. L'auteur considère ces tumeurs comme malignes au point de vue clinique et estime qu'une opération est toujours indispensable. Une discussion assez animée s'est engagée à ce sujet.

Neëloff s'élève contre cette opinion, qui n'est justifiée ni par l'anatomie pathologique, ni par la clinique; quant à l'intervention chirurgicale; Neëloff est de l'avis de Voskressensky.

Abouladré et **Gagotzky** font remarquer, qu'étant donné le volume de la tumeur qui ne dépassait pas celui d'un œuf de poule, c'est à l'hystérectomie vaginale qu'il aurait fallu avoir recours.

Voskressensky répond qu'il a préféré la laparotomie parce que cette opération lui paraissait tout indiquée, vu l'état d'épuisement dans lequel se trouvait la malade. Quant à la malignité du fibro-myome, il persiste dans son opinion.

A la *Société de médecine et d'hygiène près l'Université de Kharkoff*, **Bogomoloff** a parlé de la **préparation de bilirubine.** Après avoir indiqué les inconvénients que présentent les divers procédés de préparation de cette substance, il propose de préparer la bilirubine de la façon suivante. On met dans un dialyseur de la bile de bœuf et on la soumet à la putréfaction. *Les acides biliaires passent avec l'eau dans le vase extérieur.* Le vase intérieur contient, le huitième jour après, un précipité orangé qui est composé, comme le montre le microscope, presque exclusivement de bilirubine : ce précipité contient, en outre, une certaine partie d'acides gras, qu'il est facile d'enlever par des lavages d'alcool et d'éther. En procédant de cette façon, on obtient une bilirubine pure et l'on n'a plus à craindre la transformation de la bilirubine en urobiline.

BIBLIOGRAPHIE

Bourquelot. — *Les ferments solubles* (1 vol. in-8 de 220 pages, Paris, Société d'éditions scientifiques, 1896).

« Les ferments, a dit Cl. Bernard, contiennent en définitive le secret de la vie ». Cette assertion de l'illustre physiologiste revient forcément à l'esprit en lisant les nombreux travaux qu'a suscités, dans ces derniers temps, l'étude si intéressante des ferments solubles. Tous les phénomènes chimiques qui se passent dans les êtres animés ou à leur contact semblent, en dernière analyse, relever de leur action. Il suffit, pour s'en convaincre, de parcourir le livre de M. Bourquelot, où l'on trouvera un exposé aussi clair que précis de cette importante question.

L'auteur passe successivement en revue les ferments des hydrates de carbone, des glycosides, des matières protéiques, etc. Peut-être n'a-t-il pas donné assez d'extension à l'étude des ferments pathogènes et des ferments oxydants. Dans le chapitre consacré à ces derniers, on trouvera un excellent exposé des travaux de M. Bertrand, dont plusieurs ont été faites en collaboration avec M. Bourquelot; on se souvient, en effet, que les recherches de M. Bertrand ont établi que les oxydations qui se produisent dans certains végétaux sont dues à l'influence d'un ferment : c'est la laccase, ainsi nommée parce qu'on l'a trouvée tout d'abord dans le suc de l'arbre à laque; on l'a rencontrée depuis dans un grand nombre de végétaux; c'est à ce ferment qu'est due la teinte que prennent certains fruits, comme la pomme, quand on en abandonne une tranche à l'action de l'air; c'est de la même façon qu'on explique le bleuissement de certains champignons. Or, ce n'est pas seulement chez les végétaux que ces phénomènes s'observent; les recherches de Jaquet et d'Abelous ont établi qu'il en est de même chez les animaux, et l'on pourra facilement se rendre compte de l'importance et du rôle de ces ferments oxydants, en parcourant l'excellente revue que M. Bardier vient d'écrire sur ce sujet (Bardier, « Recherches expérimentales sur le mécanisme des oxydations dans l'organisme », *Thèse*, Toulouse, 1896). Enfin, ceux qui s'intéressent aux questions théoriques, pourront parcourir encore le travail de M. Arthus (*Thèse*, Paris, 1896) où ils trouveront un exposé très documenté des faits qui tendent à établir que les ferments peuvent être assimilés à certains agents physiques. La lecture des deux thèses que nous venons d'indiquer viendra donc fournir des renseignements très intéressants sur quelques questions que le livre de M. Bourquelot avait laissées dans l'ombre.

Ce n'est d'ailleurs pas une critique que nous formulons, nous avons voulu simplement fournir à nos lecteurs l'indication de deux mémoires, parus depuis la publication du livre de M. Bourquelot. L'ouvrage de cet auteur représente aujourd'hui la meilleure monographie que nous possédions, sur la question des ferments solubles; c'est un résumé aussi exact que concis. H. Roger.

H. Chaput. — *Thérapeutique chirurgicale de l'intestin, du rectum et du péritoine.* 1 vol. in-18, relié, de 244 pages, avec 51 figures. Prix : 4 fr. (Octave Doin, éditeur).

A. Slosse. — *Technique de Chimie physiologique et pathologique.* 1 vol. in-8, de 252 pages. Cartonné. Prix : 6 fr. (Georges Carré, éditeur).

L'Éditeur-Gérant : Georges Carré.

Paris. — Imprimerie L. Maretheux, 1, rue Cassette

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment.

4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

TUBERCULOSES

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.

LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et **Antiseptique**, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante**, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

Phtisie, Bronchites, Catarrhes, Laryngites; Dermatoses.

SIROP ET GRANULES CROSNIER

MINÉRAL-SULFUREUX

au MONOSULFURE de SODIUM INALTÉRABLE ET GOUDRON

DOSES : Adultes, une cuillerée à bouche ou 2 granules matin et soir, 1 h. avant ou 2 h. après les repas.

PARIS, 22, Rue des Saints-Pères, et Pharmacies.

TUMEURS -- CANCERS TRAITEMENT PAR LE **THUYA WUHRLIN**

Observations cliniques par les Drs Chéron, Constantin Paul, Martin-Hauzer, Baratoux, Borilly, Fauquez, Rizat, Perrussel, etc. Env. grat. de la brochure. Ph. WUHRLIN, 11, r. Lafayette, PARIS.

LE **RÉGIME LACTÉ** modifié comme suit est toujours bien toléré :
LAIT *sucré à volonté*, 1 VERRE.
POUDRE de PEPTONE CATILLON, 1 CUILLERÉE

Avec 4 à 8 doses par jour on nourrit très bien les malades aigus ou chroniques et on leur permet de résister.

Farine lactée Nestlé

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** *est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.*

En outre, pour les **adultes convalescents** *ou* **valétudinaires,** *cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.*

A. CHRISTEN, 16, Rue du Parc-Royal, Paris, ET DANS TOUTES LES PHARMACIES.

MM. les Docteurs sont priés de vouloir bien SPÉCIFIER le nom **NESTLÉ** *sur leurs ordonnances*

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vital de JACQUEMAIRE

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER

1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULE; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP;

Indiqué dans : *NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES, etc.*

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

Airol

Marque "GRIFFON"

Antiseptique interne et externe

à tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

L'AIROL n'est pas toxique et est inodore.
L'AIROL est un cicatrisant des plaies.
L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.
L'AIROL est d'un emploi beaucoup moins dispendieux que l'Iodoforme. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.*

DRAGÉES DE DUROZIEZ AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON

Pharmacie DUROZIEZ

58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

Comp^ie Française des **TISSUS ANTISEPTIQUES ET MICROBICIDES** Brevetée S. G. D. G.

Fabrication des Tissus basée sur les Théories Pastoriennes.

HYGIÈNE PUBLIQUE
Draperie, Tentures, Tapis, Ameublement.

HYGIÈNE PRIVÉE
Flanelle, Lingerie, Literie, Vêtements.

Hopitaux, Casernes, Chemins de fer, Administrations, Appartements.

PRÉSERVATION DES MALADIES CONTAGIEUSES ET ÉPIDÉMIQUES

Vente en Gros : MM. J. HAYEM et Cie, *Paris;* A. GRANDJEAN et Cie, *Reims;* BLIN et BLIN, *Elbeuf,* seuls Concessionnaires.

LE TANNATE DE CRÉOSOTE SOLUBLE

Contenant 60 0/0 de Créosote de hêtre et 40 0/0 de Tannin forme la base du

CRÉOSAL DUBOIS

SOLUTION (flacon et 1/2 flacon) — POUDRE GRANULÉE — CACHETS

Ce médicament a donné de merveilleux résultats dans les **Bronchites** aiguës ou chroniques, et **TUBERCULOSES** réalise d'une façon parfaite l'antisepsie des voies respiratoires et gastro-intestinales.

PAS IRRITANT, PAS CAUSTIQUE et TRÈS BIEN TOLÉRÉ

H. DUBOIS, Quai Jemmapes, 56, PARIS, et toutes bonnes Pharmacies

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.